

Valable 12 mois

S'applique à toutes les personnes qui ne sont pas assurées auprès de la SVK

Indications générales (remplir complètement s.v.p.)

Nom/Prénom	_____	Date de naissance	_____
Adresse	_____	Assurance-invalidité	☐ Oui ☐ Non
NPA/Lieu	_____	N° ID	_____
Téléphone/Natel	_____	N° d'assuré-e	_____
Email	_____	Assureur-maladie	_____

Demande ☐ 1^{er} appareil / 1^{ère} ordonnance ☐ 2^{ème} appareil

Changement de l'appareil : Appareil : ☐ Âge > 5 ans ☐ Défaut

Diagnostic principal _____ Diagnostic secondaire _____ (reporter les codes s.v.p.)

10. Neuropathies 11. Tétraplégie 12. Sclérose latérale amyotrophique 13. Paralysie diaphragmatique bilatérale 14. Syndrome post-poliomyélite 15. Amyotrophie spinale 20. Myopathies 21. Dystrophie musculaire de Duchenne 22. Dystrophie myotonique de Steinert	23. Myopathies congénitales, métaboliques, inflammatoires 30. Affections squelettiques, pleurales et pulmonaires 31. Cyphoscoliose 32. Remaniements cicatriciels de la plèvre 33. Status post résection pulmonaire étendue 34. Déformation post-traumatique	40. Hypoventilation alvéolaire primaire 41. Congénitale 42. Late onset 50. Syndrome obésité-hypoventilation 60. Hypoventilation dans les affections pulmonaires obstructives 61. BPCO avancée stable 62. Bronchectasies 63. Mucoviscidose	70. Syndrome d'apnée centrale du sommeil 71. Syndrome d'apnée du sommeil complexe 72. Respiration de Cheyne-Stokes 99. Non défini / Autres _____
---	--	---	--

Données en matière de ventilation à domicile ☐ Non invasive

Durée de la respiration ☐ de nuit, nombre d'heures prescrites _____ ☐ 24h sans interruption
☐ de nuit et partiellement de jour, nombre d'heures _____ ☐ début du traitement _____

Appareil : marque, modèle _____ N° de série : _____

Position LiMA : _____

Début du traitement (sortie de l'hôpital) : _____

Humidificateur/accessoires : ☐ intégré ☐ séparé **Masque** : _____

Marque, modèle : _____ Taille : _____

Fournisseur : _____

Assistance

Prescription pour conseil et assistance à domicile : ☐ Oui ☐ Non

Prescription / Signature du médecin (à remplir par le médecin prescripteur s.v.p.)

Médecin compétent	_____	Signature + Timbre (incl. N°RCC)
Médecin prescripteur	_____	
Date de prescription	_____	
Médecin de 1^{er} recours	_____	
Pneumologue des contrôles de suivi	_____	

Prescription à envoyer à :
AxelCare SA, Rue de Veyrot 35 - 1217 Meyrin - courriel : respiratoire@axelcare.ch